

# Bundestag beschließt KHAG-Kompromiss

Nach langem Ringen um das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) haben sich Bund und Länder letztlich geeinigt. Der Bundestag hat am 6. März 2026 den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Anpassung der Krankenhausreform beschlossen. Dafür stimmten die Koalitionsfraktionen CDU/CSU und SPD, dagegen die Oppositionsfraktionen AfD, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke. Sämtliche Änderungs- und Ergänzungsanträge der Opposition (AfD, Bündnis 90/Die Grünen und Linke) wurden abgelehnt.

Am 27. März wird das KHAG im Bundesrat beraten. Es unterliegt nicht der Zustimmungspflicht durch das Ländergremium. Im Gesundheitsausschuss des Bundesrats, der am 11. März zusammentrat, hatte Mecklenburg-Vorpommern die Anrufung des Vermittlungsausschusses für das KHAG beantragt. Der Bundesrat soll dem Gesetz in seiner Sitzung am 27. März zustimmen. Der Antrag des SPD-geführten Mecklenburg-Vorpommerns – auch Gesundheitsministerin **Stefanie Drese** ist Sozialdemokratin – hat wenig Unterstützung gefunden. Der Ausschuss empfiehlt demnach, den Antrag nicht zu stellen. Die Sitzung des Bundesrates am 27. März findet nach Redaktionsschluss dieser Zeitschrift statt.

Bereits im Vorfeld wurde heftig um 46 Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen zum Regierungsentwurf gerungen, die der Gesundheitsausschuss am 4. März angenommen hat. Dabei geht es unter anderem um mehr Einflussmöglichkeiten der

Länder bei der Ausgestaltung der Reform, um verlängerte Umsetzungsfristen, Ausnahmeregelungen und Finanzierungsfragen.

Mit dem KHAG-Beschluss vom 6. März werden Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen ermöglicht und die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit von Krankenhäusern erweitert. Zudem wird die Einführung eines neuen Vergütungssystems in den Krankenhäusern schrittweise bis 2030 verschoben. Im Anpassungsgesetz wird außerdem klargestellt, dass Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung „am Bett“ dienen, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen sind.

## Planungssicherheit und Vorbehalte

Ein Kompromiss ist gefunden, aber mit den Regelungen etwa zur Vorhaltefinanzierung und zu den Leistungsgruppen sind nicht alle zufrieden. Die Reaktionen auf den Beschluss des KHAG aus den verschiedenen Ländern, aus Verbänden und aus der Selbstverwaltung sind sehr unterschiedlich.

Der Beschluss wird mit einiger Erleichterung wahrgenommen – allein, weil es zu einer Einigung gekommen ist und es nun weitergeht mit der Krankenhausreform. Der Niedersächsische Gesundheitsminister **Dr. Andreas Philippi**, diesjähriger Vorsitzender der Gesundheitsministerkonferenz, begrüßt den Kompromiss zwischen Bund und Ländern zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG): „Bund und Länder haben nun Handlungs-



Foto: Deutscher Bundestag/Thomas Trutschel/photothek

fähigkeit und Kompromissbereitschaft gezeigt. Damit konnte die Anrufung eines Vermittlungsausschusses zum Krankenhausreformanpassungsgesetz verhindert werden. Eine weitere Verzögerung des Gesetzgebungsprozesses und der Krankenhausreform konnten wir uns auch nicht leisten. Mit den jetzt geeinten Punkten wird der Koalitionsvertrag umgesetzt und die Umsetzung der Krankenhausreform kann in den Ländern weiter voranschreiten.“ Die Krankenhäuser würden endlich Planungssicherheit bekommen und es könnten nun zügig die Zuweisung der Leistungsgruppen angegangen werden.

### Vorhaltefinanzierung: Konzept „untauglich“

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisiert, wichtige Fragen seien nur verschoben statt beantwortet worden – insbesondere zu ungelösten Problemen der Finanzierung. „Immerhin gibt es nun Planungssicherheit“, sagte **Gerald Gaß**: „Was bleibt, ist die wirtschaftliche Unsicherheit. Allen voran wird uns das nach wie vor völlig untaugliche Konzept der Vorhaltefinanzierung beschäftigen, das seinen Weg unverändert aus der Lauterbach-Zeit in den Kompromiss gefunden hat“, resümiert der Vorstandsvorsitzende der DKG.

Das seinerzeit postulierte Ziel, bedarfsnotwendige Krankenhäuser in der Fläche trotz geringer Fallzahlen zu sichern, werde weit verfehlt. Die Finanzierung stütze sich weiterhin auf Fallzahlen: „Eine auch politisch gewünschte Folge der Krankenhausreform wird sein, dass kleinere Kliniken Patientinnen und Patienten an größere verlieren“, so Gaß: „Um die Frage, wie sich diese Krankenhäuser, die häufig in ihrer Region die einzigen Versorger sind, nun zukünftig finanzieren sollen, wie weitere Insolvenzen und Schließungen zu verhindern sind, drücken sich die Verantwortlichen leider weiterhin.“ Gaß mahnte, dass nun klare Entlastungen im Bereich der Bürokratie kommen müssten. „Das wäre ein echtes Sparpaket.“

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), **Klaus Reinhardt**: „Die Reform bringt erstmals eine deutschlandweit einheitliche Planungssystematik und mit dem Transformationsfonds stehen Mittel zur Verfügung, die viel in Bewegung bringen können.“ Doch auch Reinhardt sieht Änderungsbedarf: „Die Regelungen zur Vorhaltevergütung sind definitiv nicht ausgereift und werden in der Umsetzung so wahrscheinlich nicht funktionieren. Außerdem bleibt die ärztliche Weiterbildung die große Leerstelle der Reform – hier benötigen wir eine nachhaltige Förderung, wenn die Reform nicht in einigen Jahren am Mangel an qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten scheitern soll.“

Die Notwendigkeit verlässlicher Rahmenbedingungen für die Beschäftigten im Krankenhaus betont auch die 1. Vorsitzende des Marburger Bundes, **Susanne Johna**. Mit Sorge sehe der Marburger Bund, dass durch den Wegfall von Krankenhauskapazitäten auch vielfach Weiterbildungsstellen verloren gehen könnten. „Wenn Leistungsangebote gebündelt und Standorte verändert werden, darf das nicht zulasten der Weiterbildung gehen. Es liegt nun an den Ländern, bei der Zuteilung von Leistungsgruppen gezielt Weiterbildungsverbände zu stärken und Krankenhäuser zu bevorzugen, die sich an regionalen und sektorenüber-

greifenden Verbänden beteiligen, insbesondere wenn diese von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannt sind“, sagte Johna. Ebenso kritisch bewertet der Marburger Bund die Gestaltung der Vorhaltevergütung. „Die hochkomplizierte Finanzierungssystematik bleibt weit hinter dem zurück, was notwendig gewesen wäre. Sie schafft zusätzliche Bürokratie, ohne den Kliniken mehr finanzielle Sicherheit zu geben“, so die MB-Vorsitzende.

Auch die Katholischen Krankenhäuser kritisieren das Konzept der Vorhaltefinanzierung: „Es ist leider unverändert geblieben, eine Auswirkungsanalyse liegt weiterhin nicht vor. Die Kliniken müssen daher in zentralen Fragen weiter auf Sicht fahren“, so **Bernadette Rummelin**, Geschäftsführerin des Verbandes.

„Eine wirklich nachhaltige Reform gelingt nur, wenn die Krankenhausbudgets von der Menge der behandelten Fälle entkoppelt werden“, sagte **Christoph Radbruch**, Vorsitzender des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes. „Wir brauchen für akute, nicht planbare Fälle eine verlässliche, bedarfsorientierte und planungssichere Finanzierung – unabhängig von Fallzahlen. Nur so lassen sich Versorgungsqualität und wirtschaftliche Stabilität langfristig sichern“, so Radbruch. Er forderte eine grundlegende Überarbeitung der Vorhaltefinanzierung.

Auch die Universitätsklinika kritisieren den KHAG-Beschluss – allerdings gehen aus ihrer Perspektive die Reformen nicht weit genug: „Die Verabschiedung des Krankenhausreformanpassungsgesetzes bleibt hinter dem notwendigen Reformanspruch zurück – das zeigt wenig Reformmut und relativiert die ursprünglichen Ziele“, so **Jens Scholz**, Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands.

Der künftige Ermessensspielraum von Ländern und Krankenkassen müsse nun „konsequent für echte Strukturveränderungen und Qualitätssteigerung“ genutzt werden. „Andernfalls droht der Strukturwandel ausgebremst und notwendige Konzentrationsprozesse vertagt zu werden“, so Scholz.

Die Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen werden deutlich gestärkt – entsprechend positiv fällt ihr Fazit aus: **Ulrike Elsner**, Vorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), begrüßt, „dass zumindest ab 2027 bei den Ausnahmeregelungen ein Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen muss.“ Ebenso sei es richtig, dass die Krankenkassen an der Definition für Fachkliniken mitwirken können. „Der Zeithorizont – voraussichtlich erst 2031 – ist jedoch viel zu lang“, kritisierte Elsner.

Der AOK Bundesverband sieht im Beschluss des KHAG einen wichtigen Schritt, auch wenn die von den Ländern verhandelten langen Umsetzungsfristen und Ausnahmen von den Qualitätsvorgaben für die Kliniken den Reformprozess verlangsamen werden“, so **Carola Reimann**, Vorstandsvorsitzende des Verbandes. „Die Krankenhauslandschaft muss sich verändern – und sie wird sich verändern“, kommentierte Bundesgesundheitsministerin **Nina Warken** (CDU) den Beschluss des Bundestages.

Im Schulterchluss von Bund und Ländern sei es gelungen, ein Reformpaket zu erarbeiten, das nicht an den grundsätzlichen Zielen der Krankenhausreform rüttelt. „Wir wollen keine Lücken in der Versorgung. Die Menschen müssen sich auf eine flächendeckende Grund- und Notfallversorgung verlassen können – ganz

gleich, ob sie auf dem Land oder in der Stadt leben. Spezialisierte, komplexe Eingriffe müssen aber dort stattfinden, wo die Kompetenz für das beste Behandlungsergebnis vorhanden ist. Genau das werden wir durch das heute beschlossene Gesetz erreichen.“ Die beschlossenen Änderungen an der Krankenhausreform werden den Personalnotstand an den Kliniken verschärfen, befürchtet **Ines Schwerdtner**, die Vorsitzende der Partei Die Linke. Statt an den Symptomen herumzudoktern, muss die Bundesregierung endlich die Ursachen der Krise bekämpfen und den Gewinnruck von den Krankenhäusern nehmen, so Schwerdtner.

Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) schwäche die Bundesregierung zentrale Instrumente der Krankenhausreform, heißt es von der Bundestagsfraktion B90/Die Grünen. Qualitätsstandards würden aufgeweicht, Ausnahmen verlängert und Strukturentscheidungen verschoben. Spezialisierung werde so gebremst, echte Verbesserungen für Patientinnen und Patienten verhindert. „Ein schwarzer Tag für die Gesundheitspolitik in diesem Land, der erheblichen gesundheitlichen Schaden anrichtet“, so der Abgeordnete **Dr. Armin Grau** (B90/Die Grünen). ■

### Krankenhausreformenpassungsgesetz: Zentrale Punkte

- Die **Zwei-Kilometer-Standortregelung** bleibt bestehen. Einzelfallabweichungen können die Länder gemeinsam mit GKV-Spitzenverband und Krankenhausgesellschaft auf den Weg bringen.
- Insbesondere zur Sicherstellung der stationären Versorgung im ländlichen Raum werden die **Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten von Kliniken** angepasst und dadurch der Gestaltungsspielraum der Länder erweitert.
- Die Länder können für drei Jahre **Ausnahmeregelungen zu den Leistungsgruppenkriterien** schaffen – und weitere drei Jahre im Einvernehmen mit den Krankenkassen. Länder, die die Leistungsgruppen schon bis Ende 2026 zugewiesen haben, können die ersten drei Jahre Ausnahme „im Benehmen“ mit den Kassen, also ohne Zustimmung, anordnen.
- Die Rechtsverordnung zu den **Mindestvorhaltezahlen** soll „frühestens ein Jahr und spätestens drei Jahre nach ihrer Verkündung in Kraft“ treten. Den Ländern soll so die Möglichkeit gegeben werden, die Erfüllung der Vorhaltezahlen bei ihren Zuweisungsentscheidungen zu berücksichtigen. Auch sollen die Länder schon eine Woche nach Inkrafttreten des Gesetzes Mittel für ihre aus dem Krankenhaustransformationsfonds finanzierten Projekte aus dem Infrastruktursondervermögen in Anspruch nehmen können.
- Die **Einführung der Vorhaltevergütung** wird um ein Jahr verschoben, sodass die volle Finanzwirksamkeit erst ab dem Jahr 2030 eintritt. Die geltenden Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe werden in der Folge für ein Jahr weitergeführt.
- Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführten **Leistungsgruppen** werden auf die 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen zuzüglich der Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ festgelegt.
- **Pflegepersonaluntergrenzen:** Die Einhaltung der am jeweiligen Krankenhausstandort einschlägigen Pflegepersonaluntergrenzen wird zum Qualitätskriterium für die Zuweisung aller Leistungsgruppen.
- **Fachkliniken:** Die Definition von Fachkrankenhäusern wird künftig bundeseinheitlich vereinbart. Damit die bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben, profitieren die Länder bis dahin bei der Zuordnung der Kliniken von einem weitreichenden Ermessensspielraum.
- Die DKG und der GKV-SV sind beauftragt, spätestens bis zum 30. September 2029 eine bundeseinheitliche Definition für **Fachkrankenhäuser** zu vereinbaren – nicht der Gemeinsame Bundesausschuss, wie ursprünglich geplant. In der Übergangsphase kann die Landeskrankenhausplanungsbehörde einem Krankenhausstandort die Versorgungsstufe „Level F“ befristet zuordnen, wobei die Zuordnung bis zum 31. Dezember 2030 erfolgt. DKG und der GKV-SV sollen zudem die Einordnung von Krankenhausstandorten als „Level F“ hinsichtlich Versorgungssituation, Qualität und Vergütung von Krankenhausleistungen evaluieren. Der Evaluationsbericht soll bis zum 30. Juni 2029 vorgelegt werden.
- **Hybrid-DRGs** sollen für 2027 auch wieder Kinder und Menschen mit Behinderungen berücksichtigen können, damit diese ebenfalls wieder von mehr Ambulantisierung profitieren: Der durch das KHVVG verankerte Abschluss wird gestrichen.
- **Pflegebudget:** Es soll klargestellt werden, dass die Kosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben, nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Diese Regelung wirft erhebliche Auslegungs- und Umsetzungsfragen auf.
- **Bundes-Klinik-Atlas:** Die Aufgabe der Veröffentlichung des Bundes-Klinik-Atlas wird auf den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Bürgerinnen und Bürger können sich damit auch künftig unabhängig und transparent über die Qualität der stationären Versorgung informieren.
- Die **Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung** werden entlastet, indem ihr ursprünglich vorgesehener Anteil für den Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. € von 2026 bis 2035 nunmehr aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität getragen wird.
- Mit dem Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) darf auch in den Bestand investiert werden. Die Länder dürfen für die Kofinanzierung Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität verwenden.